

# 問診票

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	T・S・H	年	月 日( 歳)
住所	〒				
電話番号					
診察前体温	度	分	身長	体重	

- 診察希望 →以下の①以降の質問にお答えください。  
 禁煙外来希望 →以下の③以降の質問にお答えください。  
 睡眠時無呼吸症候群の検査、治療 →以下の③以降の質問にお答えください。

① どんな症状でお困りですか？(受診理由) 該当するものを○で囲んでください。

熱がある・咳・鼻水・たん・のどが痛い・関節痛・悪寒・頭痛・胃の調子が悪い  
めまい・だるい・腹痛・吐気・下痢・息苦しい・食欲不振・胸痛・動悸  
胸が苦しい・胸部の圧迫感・その他( )

※上記の症状はいつからですか？ \_\_\_\_\_

② 今回の症状で他の病院や診療所で治療を受けたことはありますか？

はい・いいえ

医療機関名 \_\_\_\_\_

③ 今までに手術や入院するような病気をされたことはありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、その時の年齢、病名や手術名、治療を受けた病院をわかる範囲でお書きください。

④ 現在治療中の病気はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方は、病名・医療機関名をお書きください。

⑤ お薬手帳はお持ちですか？

はい・いいえ

「いいえ」の方は、現在飲んでいるお薬があればお書きください。

⑤ お薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか？

いいえ・はい

お薬のなまえ \_\_\_\_\_

食べ物 \_\_\_\_\_

⑥ 嗜好品

アルコール 飲まない・飲む 1週間に \_\_\_\_\_ 日

1回に何をどれだけ飲みますか。 \_\_\_\_\_

たばこ 吸わない・吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年)

⑦ 女性の方へ 現在妊娠や授乳をされていますか？

妊娠中 いいえ・はい 妊娠の可能性 あり・なし 授乳中 いいえ・はい

⑧ 当院のことを何でお知りになりましたか。

インターネット、折り込み広告、バス広告、知人の紹介、とおり道、その他( )

書き終わられましたら、受付へお渡し下さい。